FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942 **THESE** N° 357

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

par

Sylvain KUNZLI

Né le 11 Janvier 1899, à Paris.

Présentée et soutenue publiquement le 22 DEC 1942 ..... 19 .

KYSTES, HYDATIQUES DU PETIT BASSIN

(A propos d'une observation personnelle)

Président : M. Pierre BROCQ, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE R. FOULON

29, Rue Deparcieux, 29

1942

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat: KUNZLI.

Prénom : Sylvain.

Date de la soutenance: .....

Numéro d'ordre: .....

(Ces deux mentions seront complétées par le service de la Bibliothèque)

KUNZLI (Sylvain). — Kystes, hydatiques du petit bassin. (A propos d'une observation personnelle). — Paris, Imp. R. Foulon, 1942, *in*-8°, 59 *p*.

(*Thèse Médec.* (*Et.*), *Paris* 1942, *N°* .....)

KUNZLI (Sylvain). — Kystes, hydatiques du petit bassin. (A propos d'une observation personnelle). — Paris, Imp. R. Foulon, 1942, *in*-8°, 59 *p*.

(*Thèse Médec.* (*Et.*), *Paris* 1942, *N°* .....)

KUNZLI (Sylvain). — Kystes, hydatiques du petit bassin. (A propos d'une observation personnelle). — Paris, Imp. R. Foulon, 1942, *in*-8°, 59 *p*.

(*Thèse Médec.* (*Et.*), *Paris* 1942, *N°* .....)

KUNZLI (Sylvain). — Kystes, hydatiques du petit bassin. (A propos d'une observation personnelle). — Paris, Imp. R. Foulon, 1942, *in*-8°, 59 *p*.

(*Thèse Médec.* (*Et.*), *Paris* 1942, *N°* .....)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942 **THESE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

Sylvain KUNZLI

Né le 11 Janvier 1899, à Paris.

Présentée et soutenue publiquement le ..... 19 .

KYSTES, HYDATIQUES DU PETIT BASSIN

(A propos d'une observation personnelle)

Président : M. Pierre BROCQ, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE R. FOULON

29, Rue Dareieux, 29

1942

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

I. — PROFESSEURS

LE DOYEN ..... BAUDOUIN

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	QUENU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	
Pathologie expérimentale comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI. FIESSINGER. HARVIER. P.-VALLERY-RADOT.
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Clinique des maladies des enfants	Robert DEBRE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Cliniques des maladies infectieuses	LEMIERRE. CADENAT.
Clinique chirurgicale	GOSSET. LENORMANT. MONDOR.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU. COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	LEVY-SOLAL. CORTES.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LEVEUF.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	BROCQ.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	DOGNON. GIROUD. HAZARD. JAYLE. JOANNON. OLIVIER. VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE ..... Pathologie chirurgicale.
BARIETY ..... Pathologie médicale.
BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
BESANÇON Justin.. Hydrologie.
BONNET ..... Bactériologie
BOULIN ..... Pathologie médicale.
BROUET ..... Pathologie médicale.
BULLIARD ..... Histologie.
CACHERA ..... Pathologie médicale.
CORDIER ..... Anatomie.
COSTE ..... Pathologie médicale.
JOUVELAIRE (Roger) Urologie.
DELARUE ..... Anatomie pathologique.
DELAY ..... Pathologie médicale.
DESGREZ (H.) .... Physique.
DESOILLE ..... — Médecine légale.
DIGONNET ..... Obstétrique.
DOGNON ..... Physique.
FEVRE ..... Pathologie chirurgicale.
FUNCK-BRENTANO Pathologie chirurgicale.
GALLIARD ..... Parasitologie.
GARCIN ..... Pathologie médicale.
Mlle GAUTHIER-VILLARS ..... Anatomie pathologique.
DE GENNES ..... Pathologie médicale.

MM.

HAGUENAU ..... Pathologie médicale.
LACOMME ..... Obstétrique.
LANTUEJOUL ..... Obstétrique.
LAVIER ..... — Parasitologie.
LELONG ..... Pathologie médicale.
LEMAIRE ..... Pathologie expérimentale.
LENEGRE ..... — Pathologie médicale.
Mlle J. LEVY ..... Pharmacologie.
MARCHAL ..... Pathologie médicale.
MENEGAUX ..... Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ..... Pathologie médicale.
MOUQUIN ..... Pathologie médicale.
PATEL ..... Pathologie chirurgicale.
PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
RENARD ..... Ophtalmologie.
RICHET ..... Physiologie.
SENEQUE ..... Pathologie chirurgicale.
SICARD ..... Pathologie chirurgicale.
SOULIE ..... Pathologie médicale.
SUREAU ..... Obstétrique.
TURPIN ..... Pathologie médicale.
WILMOTH ..... Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE ..... Pathologie chirurgicale.
CHAILLEY-BERT .. Physiologie.
GUENIOT ..... Obstétrique.
HEITZ-BOYER .... Pathologie chirurgicale.

MM.

HUGUENIN ..... Anatomie Pathologique.
LE LORIER .... — Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE . Parasitologie.
PIEDELIEVRE . . . Médecine légale.
VAUDESCAL ..... Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.	
ALAJOUANINE BRULE ..... CHABROL ..... CHEVALLIER . LAROCHE Guy LIAN ..... MOREAU ..... SEZARY	Clinique médicale.
BASSET ..... GATELLIER ... de GAUDART d'ALLAINES . MOULONGUET . MOURE	Clinique chirurgicale.

MM.	
ECALLE ..... VIGNES	Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
N...	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551816_0029

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

Qu'elle trouve ici l'expression de ma reconnaissance pour sa vie de sacrifices et d'abnégation à laquelle je dois tout.

A MA FEMME

A MES FRERES

A MA SŒUR

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur Pierre BROCQ

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Vaugirard

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de nos remerciements et de nos sentiments respectueux.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PORTES

Professeur de Clinique d'Accouchement
Accoucheur des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

Dont nous avons été l'élève.

En témoignage de très respectueux attachement.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Professeur RATHERY. (*In memoriam*).

Monsieur le Professeur CUNEO.

Monsieur le Professeur FIESSINGER.

Monsieur le Professeur PASTEUR-VALLERY-RADOT.

Monsieur le Professeur VIGNES.

Monsieur le Professeur LEMAITRE.

Monsieur le Professeur GUILLAIN.

Monsieur le Professeur OMBREDANNE.

Monsieur le Professeur LEREBOULLET.

INTRODUCTION

Les kystes hydatiques du petit bassin comptent certainement parmi les localisations extrahépatiques les moins fréquentes de l'echinococcose péritonéale. Ils viennent loin derrière les lésions pulmonaires ou cérébrales, pour ne citer que les plus fréquentes.

Leur symptomatologie est souvent fruste quand ils se développent vers le rectum. Par contre, et c'est là le cas le plus souvent retrouvé, s'ils se développent vers le Douglas, ou vers la vessie, ils peuvent s'accompagner de signes cliniques vésicaux ou urinaires qui, pour n'avoir rien de spécifiques, orientent néanmoins le diagnostic et permettent avant toute intervention de se faire une idée assez exacte sur la nature de l'affection et la conduite thérapeutique à tenir.

Ce sont ces kystes que l'on englobe sous le nom général de « *kystes hydatiques de la vessie* » ou mieux de « *kystes hydatiques du petit bassin à symptomatologie urinaire* ».

Il nous a été donné dernièrement d'observer et de suivre de bout en bout un malade porteur d'un kyste hydatique de la vessie.

Nous avons, à ce propos, recherché les différentes théories étiologiques,pa thogéniques et anatomo-pathologiques qui ont été formulées sur ce sujet. Nous avons également retrouvé les différentes thérapeutiques proposées.

C'est le résultat de ces réflexions que nous voudrions relater dans ce modeste exposé.

Nous ne saurions assez insister d'ailleurs, dès le début, sur l'importance fondamentale et le retentissement qu'ont pu avoir ces différentes théories sur l'évolution thérapeutique. Du mémoire de CHARCOT à la thèse de DEVE, que de chemin parcouru ; mais combien d'idées émises qui semblent être diamétralement opposées.

OBSERVATIONS

Nous relaterons, tout d'abord, l'observation détaillée de notre malade :

G... Mars, 46 ans, livreur, vient consulter en Novembre 1941 pour troubles dans la miction.

Antécédents éloignés :

— Maladies d'enfance.
— Ethylisme marqué.
— 3 enfants bien portants.

Un interrogatoire rigoureux a permis de retrouver que de 1932 à 1937 le malade a possédé un chien et que l'hygiène de cette famille a laissé beaucoup à désirer.

Antécédents récents :

En 1934, M. G... présenta sans prodromes un urticaire généralisé qui dura deux heures.

Pendant les mois d'août et septembre 1941 il se plaignit de sensations de soif constante.

A partir du 27 octobre 1941 des phénomènes vertigineux apparurent qui durèrent plusieurs jours et furent suivis de vomissements bilieux et de diarrhée. Les verti-

ges augmentent au point que la syncope paraît souvent imminente.

A l'examen, peu de signes généraux, pas de fièvre, pouls un peu rapide, respiration courte et superficielle. Le ventre est étalé avec un lacis veineux très développé. Le foie est augmenté de volumine, douloureux à la palpation profonde.

Cet état dure trois semaines, cédant peu à peu mais entraînant un certain degré d'amaigrissement et d'asthénie.

Le traitement fut purement symptomatologique, visant à guérir les troubles intestinaux et hépatiques. L'on songe à une ascite débutante, mais deux ponctions restent blanches.

Fin novembre, alors que l'état du tube digestif est satisfaisant, apparaissent des troubles dysuriques, se traduisant par des envies impérieuses avec incontinence.

L'urine est claire et l'examen histo bactériologique absolument négatif. Les mictions ne sont pas douloureuses.

A la palpation, on trouve, pour la première fois, une sorte de globe vésical, il est situé sur la ligne médiane mais semble cependant décalé vers la fosse iliaque gauche. Mais fait important, après un sondage (qui montre l'absence de tout résidu, une sensibilité normale au lavage et une excellente capacité vésicale) la masse ne subit aucun changement de volume. On a l'impression qu'elle plonge profondément dans le petit bassin.

Le toucher rectal est négatif; la prostate est normale. La première impression est celle d'un diverticule mais,

fait curieux, alors que sondes et beniqués passent facilement, la cystoscopie, même sous anesthésie locale à la novocaïne est impossible.

On ponctionne alors avec une aiguille fine qui ramène un liquide eau de roche. Le microscope y montre de nombreux crochets d'echinocoques.

Les autres épreuves de laboratoire donnent les résultats suivants :

— La radiographie simple de l'appareil urinaire est négative, la cystographie n'a malheureusement pas été pratiquée.

— Réaction de Casoni légèrement positive,

— Eosinophilie marquée (4 %),

— Urée sanguine 0 gr. 50,

— Temps de saignement 5', temps de coagulation 15'

Le diagnostic est alors évident de kyste hydatique du petit bassin et l'intervention proposée; mais le malade attendra 4 mois.

Au début d'avril 1942, les signes vésicaux n'ont fait qu'augmenter.

Localement la masse est arrondie, franchement médiane; la palpation ne détermine aucun frémissement vésiculaire.

L'état général s'est aggravé, l'amaigrissement est notable, il y a du subictère des conjonctives.

L'intervention est à nouveau proposée et acceptée.

Protocole opératoire 15 *avril* 1942.

Anesthésie à l'éther après Sédol.

Incision médiane sous ombilicale; le cul-de-sac péri-

tonéal très mince, adhère fortement à la vessie et descend très bas sur sa face antérieure. Le kyste est nettement perçu derrière la vessie, plongeant dans le bassin vers la gauche, il tient intimement au péritoine, à la vessie, aux parois du bassin, au rectum.

En voulant dégager la vessie du cul-de-sac péritonéal et du kyste, une mince éraillure est faite sur la face antérieure de la vessie, on la transforme en orifice de cystotomie, grâce à l'introduction de l'index, elle permet de cliver sur une petit étendue la paroi du kyste, de la face postérieure de la vessie.

On ponctionne alors le kyste et on y injecte avec une fine aiguille trente centimètres cubes de solution de formol à 5 %; puis à l'aide d'un gros trocart, relié à l'aspirateur électrique, on s'efforce d'affaisser le kyste; mais la ponction reste blanche. On retire alors le trocart et on agrandit la brèche; on aperçoit un amas de vésicules endogènes bourrant le kyste. On vide patiemment la cavité à la pince et à la curette, les plus grosses vésicules ont la taille d'une petit noix, les plus petites, d'un pois; il y en a plusieurs milliers. Au cours de ce nettoyage de nombreux fragments de membrane sont ramenés mais la membrane germinative du kyste tient si fortement, et présente de telles et si nombreuses ramifications que l'on doit renoncer à l'extirper.

Le kyste formolé, asséché, est marsupialisé sur la ligne médiane au dessus de l'orifice de cystostomie que draine une sonde de Petzer coudée. On place deux autres drains derrière le pubis et au-dessus de la vessie. Un gros drain est placé dans le kyste.

Au cours de l'intervention un doigt rectal a permis

de sentir à travers la paroi intestinale l'extrémité de la longue pince à pansement servant au nettoyage de la poche; on se rend ainsi un compte exact, et de la profondeur, et des rapports du kyste.

Fermeture de la paroi en deux plans.

⁂

Les suites opératoires furent légèrement mouvementées du fait de l'apparition d'un foyer de congestion pulmonaire, puis par un certain état d'agitation dû à l'état d'éthylisme du malade. Cependant foie et reins fonctionnent normalement, le volume des urines oscille quotidiennement entre 1.200 et 1.500 cm3.

Les drains sus-vésicaux et sus-pubiens furent retirés le deuxième jour.

La plaie opératoire sesphacéla quelque peu mais bourgeonne très rapidement ensuite; malgré une protection très poussée du champ opératoire, la solution de formol était trop forte : le taux de 5 % classique est excessif et doit être ramené à 2 %.

La sonde de Petzer fut retirée le huitième jour et remplacée par une sonde urétrale à demeure.

Au cours des pansements, des fragments de membrane furent éliminés progressivement; mais au quinzième jour on arracha à la pince une énorme poche constituée par la totalité de la membrane sphacélée du kyste.

La plaie bourgeonne et se rétrécit normalement, sa profondeur diminue peu à peu mais assez lentement. Il faut trois mois pour une cicatrisation définitive.

Revu le 15 octobre 1942, la plaie est correctement fer-

mée, l'état général excellent, le malade a repris trois kilos il ne présente plus aucun trouble urinaire.

⁂

Cette observation est à rapprocher d'une observation analogue publiée par Gouverneur et Lesieur à la Société Française d'Urologie. Rappelons-en brièvement les traits essentiels :

M. K..., 67 ans, Arménien a eu quelques temps avant son hospitalisation à Necker une cystostomie pour rétention aiguë.

Il entre pour douleurs abdominales basses.

Au palper abdominal et au toucher rectal on trouve une masse arrondie, irrégulière, élastique, à limites imprécises, douloureuse.

Le malade est fébrile cachectique et le diagnostic porté est celui d'adénomite compliquée de périadénomite et péri-cystite.

Intervention. — Par incision iliaque droite on tombe sur la masse qui est vidée et formolée puis on marsupialise la poche.

Les suites sont mauvaises et le malade décède deux jours après.

Autopsie. — Le foie est bourré de kystes hydatiques.

Le péritoine, le petit épiploon adhérents, récèlent également de nombreux kystes.

Le kyste rétrovésical descend jusqu'au plancher périnéal, fait corps avec la vessie, la prostate et le rectum et ne peut en être séparé.

HISTORIQUE

Les kystes hydatiques du petit bassin sont connus depuis fort longtemps. Il nous faut remonter à 1722 pour trouver relatée par MORAND, la première observations de kyste ayant entraîné une rétention d'urine.

D'autres observations suivirent et citons entre autres celles de SIBILIE (1775), LE LOUIS (1779), HUNTER (1793) et LE SAUVAGE (1812).

C'est CHARCOT qui le premier en 1852 publie une monographie détaillée et insiste sur le siège exact de ces kystes.

Puis DOLBEAU (1867), DUPLAY (1887) reviennent à leur tour sur l'anatomie et l'anatomie pathologique de l'affection.

On retrouve dans la littérature encore une quarantaine d'observations de kystes à symptomatologie vésicale. Les plus typiques sont celles de FREUND et CHADWICK (1874), MARTIN (1879), DE LA VIGNE de Sainte-Suzanne (1881), TILLAUX (1883), SCHWARTZ (1889), HARTMANN (1902).

Toutes ces observations antérieures à 1902 insis-

tent, d'une part sur le retentissement vésical ou urinaire de la formation kystique; d'autre part sur la nature vésicale, rectale ou prostato-péritonéale du point de départ.

Ces kystes sont des manifestations multiples mais parallèles, indépendantes, simultanées d'une multiinfection de l'individu par l'organisme qui engendre les echinocoques.

***

Cependant déjà certains auteurs avaient insisté sur la greffe possible de kystes multiples après la rupture d'un kystes initial. C'est ainsi que POTAIN en 1877 signale le fait dans une de ses cliniques : « Il est cependant des cas, écrit-il, dans lesquels cet accident n'est pas suivi d'accidents aussi fâcheux (l'évolution fatale), on a même vu des hydatides qui s'étaient rompues dans le péritoine et ayant été introduites vivantes, se sont greffées et y ont vécu ».

En France, REIDU et HAVAGE, à l'étranger GRATIA, TAIT, KOENIG et bien d'autres auteurs insistent sur la greffe secondaire péritonéale suivant de près un accident brutal de rupture extra-hépatique.

Mais il faut arriver à 1900, pour assister à la célèbre discussion de la Société de Chirurgie qui mit aux prises PEYROT et POTHERAT.

Puis, coup sur coup, paraissaient trois importants

ouvrages : les thèses de Ferval (1901), de Deve (1901), de Lhuillier (1903) : leurs auteurs, par la clinique, l'expérimentation et la thérapeutique démontraient l'origine secondaire des kystes péritonéaux qu'elle qu'en soit la localisation.

A la théorie de Charcot se trouvait opposée la théorie qui attribue le kyste multiple du péritoine à la greffe de germes hydatiques que la rupture du foie (ou de la rate) a semés dans la séreuse.

Depuis cette théorie n'a fait que s'affirmer, de nombreuses observations, des autopsies n'ont pu que la confirmer en permettant de retrouver la lésion initiale.

Guessin en 1916, Deve dans la Revue de Chirurgie en 1924, apportent des preuves nouvelles. Désormais la Pathogénie et l'Anatomie Pathologique semblent définitivement fixées.

Dans tous les pays où sévit le taenia échinocoque les auteurs vont s'accorder dans cette unité de vue. Les travaux de langue française, anglaise, russe (Congrès des Chirurgiens du Caucase), espagnole (Amérique du Sud), sont nombreux. Leur intérêt ne réside plus que dans des points de détail et surtout dans des variantes thérapeutiques : protocole opératoire, voies d'abord, technique du formolage, décortication ou non décrtication, intervention sur les kystes associés péri-

tonéaux ou hépatiques : autant de points qui sont élucidés et qui depuis sont admis par tous.

Il ne semble pas qu'il vienne maintenant à l'esprit de qui que ce soit de discuter les théories et techniques actuelles : toutes concordent et nos observations ne font que renforcer cette opinion.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'étude anatomo-pathologique des kystes hydatiques du petit bassin a été longtemps gênée et rendue inexacte par ce fait que nombre de constatations effectuées le furent au cours d'interventions, toujours localisées et par là même inexactes.

Deve, dans sa thèse, conclut fort judicieusement : « L'apport et l'utilisation *d'observations opératoires* incomplètes et insuffisantes, contribue beaucoup à obscurcir la pathogénie de ces kystes, en faisant perdre de vue la notion si importante de la coexistence, dans ce cas, d'autres kystes dans la cavité abdominale.

Après Charcot, les différents auteurs qui s'occupèrent de la question, tombèrent dans la même erreur de jugement et l'on s'habitua à considérer les différentes observations cliniques et opératoires de kystes du bassin comme des cas de kystes solitaires et primitifs : n'étaient-ils pas les seuls à attirer l'attention ?

Ce mot de kyste solitaire leur fut donné et resta longtemps pour les auteurs allemands le synonyme de kyste du bassin.

A) Siege sous sereux.

Il fallut attendre, d'une part les observations macroscopiques et il en fut publiées de nombreuses de divers côtés, d'autre part les expériences de Deve pour jeter une lueur nouvelle sur cette question.

Deve inoculant le péritoine du lapin avec des vésicules filles et des lambeaux de parois kystiques se rend compte que ces corps se conduisent comme des corps étrangers du péritoine (inclusions de liège ou de corps métalliques intrapéritonéales) : ils sont tout d'abord enkystés, repoussés sur le bord de la séreuse péritonéale et bientôt recouverts d'un endothélium neuf, de « *péritonéaux* » ils sont devenus « *sous péritonéaux* » et non pas « *extra péritonéaux* ». Pour se faire d'ailleurs, on doit invoquer un double processus : mécanique et histologique, parfois même interviendra un troisième facteur : infectieux.

Dans les premiers stades, les kystes hydatiques adhèrent à peine au tissu conjonctif sous péritonéal : un plan de clivage les en sépare; mais une fois achevée l'évolution fibroplastique du néo-tissu d'enkystement, ils en deviennent inséparables. D'autant plus que se produit une sclérose péri-kystique qui ne fait que s'accentuer.

Plus tard, la lésion progressant et augmentant de volume va refouler les organes puis faire corps avec

eux. Elle leur devient intimement adhérente, elle les déprime, les excave, les atrophie, elle amincit la paroi des organes creux jusqu'à se rompre dans ceux-ci. Tout ceci par un simple phénomène mécanique; à plus forte raison s'il s'y surajoute un élément infectieux.

Toutes ces notions sont d'une importance capitale et nous en déduirons immédiatement quelques conclusions opératoires :

1) Nombre d'auteurs veulent, de crainte de réensemencer le péritoine, opérer en restant en dehors de la cavité péritonéale, rendant ainsi l'opération incomplète et plus difficile. Il faudra, au contraire, être intrapéritonéal pour enlever la membrane proligere en entier; l'essaimage sera évité par formolage.

2) La décortication des kystes pelviens est le plus souvent irréalisable et même dangereuse; de plus elle est inutile; mais nous y reviendrons.

B) Volume.

Le volume des kystes hydatiques de la vessie est extrêmement variable, et peut aller de celui d'un œuf de poule, à celui d'une tête d'adulte ou plus; notons cependant que c'est à une période tardive, quand ils se manifestent par des troubles cliniques de compression que l'on est appelé à les voir; ils sont à ce moment là en général très développés, pouvant remonter jus-

qu'à l'ombilic ou plus, contenant plusieurs litres de liquide eau de roche, ou bourrés de vésicules filles comme chez notre malade.

Par ailleurs tous leurs autres caractères sont ceux qui sont communs à tous les kystes hydatiques de l'organisme.

C) Nombre.

L'échinococcose pelvienne peut se réduire à un kyste en général placé dans le Douglas. Il peut au contraire, et c'est la règle, y avoir plusieurs kystes accolés l'un à l'autre, grossissant, chacun pour leur propre compte, présentant entre eux une paroi très amincie et une fibreuse commune; c'est ce qui explique que la ponction au trocart, au cours de l'intervention, puisse rester blanche, ou ne donner que peu de liquide; il s'agit de perforer : non pas une; mais 10 ou 20 poches. Notre cas rentrait dans cette catégorie, dénommée « forme polykystique » ou « multiloculaire » ou « alvéolaire ».

D) Rapports.

Ce que nous avons dit précédemment permet donc de reconnaître deux théories principales : *Théorie ancienne*, de *Charcot* : tous les kystes hydatiques du petit bassin pénètrent dans le tissu cellulaire sous péritonéal, ayant émigré de l'appareil digestif, ils s'y déve-

loppent puis atteignent les différents organes du petit bassin avec lesquels ils se mettent en rapport : *Théorie actuelle* de *Devé* : les kystes sont d'abord sous péritonéaux C'est à ce moment qu'ils se développent et présentent leurs rapports.

Ceux-ci sont variables, qu'ils s'agissent d'affection de l'homme, ou la femme; que le kyste ait tendance à s'accroître vers le haut, latéralement, ou vers le bas; qu'il soit gros ou non; tous les rapports, tous les degrés, toutes les variétés sont donc possibles, on comprendra rapidement qu'un kyste volumineux, tendu, s'appuyant fortement sur un organe, puisse amener des troubles importants, et aboutir à la rupture dans cet organe.

En pratique, un seul ordre de faits est à retenir : les rapports que les kystes de vessie peuvent contracter avec l'appareil urinaire, soit urètre ou vessie déterminant des troubles de la diurèse pouvant aboutir à la rétention complète, soit orifices urétéraux ou uretères déterminant des dilatations de l'appareil urinaire supérieur avec hydro-néphrose, atrophie rénale et son aboutissant : l'urémie.

E) Contenu des kystes de vessie.

Enfin, dernier problème important : que se trouve-t-il à l'intérieur de la capsule fibreuse qui entoure ces kystes ?

— Ce peut être le kyste dans sa forme la plus

pure avec le liquide eau de roche et le sable hydatique : c'est le kyste univésiculaire.

— Ce peut être un kyste multivésiculaire, bourré de vésicules hydatides, cas auquel répondait notre malade.

— Ce peut enfin être un kyste en voie d'atrophie à parois extrêmement épaissies.

ETIOLOGIE — PATHOGENIE

L'étude historique et anatomo-pathologique qui précède permet dans une grande mesure d'expliquer la génèse des kystes hydatiques du petit bassin.

Ces kystes forment une lésion extrêmement rare. GOUVERNEUR et LESIEUR en ont retrouvé 52 cas dans la littérature, non comprises les deux observations que nous relatons; ils entrent, pour DEVE, pour 3,8 % dans la nomenclature générale des kystes hydatiques atteignant, avec une égale fréquence l'homme et la femme.

La notion capitale est celle de leur nature presque exclusivement secondaire, l'echinococcose primitive restant l'exception.

A. — ECHINOCOCCOSE PELVIENNE SECONDAIRE

Considérés pendant longtemps comme d'origine purement digestive, le tube digestif et l'appareil circulatoire étant les deux grandes voies d'apport et de pénétration de l'echinococcose, on sait aujourd'hui que ces kystes sont secondaires à la rupture dans le péritoine d'un kyste primitif, hépatique ou splénique.

Deve fonde sa théorie sur trois sortes d'arguments :

a) *Arguments cliniques.* — Bien souvent si l'on a eu la chance de suivre cliniquement un kyste hydatique du foie et d'assister à sa rupture, on verra que celle-ci est suivie à distance de troubles pelviens révélant la présence de kyste à ce niveau.

A l'inverse, en présence d'un kyste hydatique de vessie, on trouvera bien souvent à l'examen la coexistence de kystes du foie On devra également rechercher dans les antécédents du malade, la possibilité d'une rupture ayant donné quelques symptômes; à ce sujet notre observation avec sa douleur, sa phase d'urticaire, est des plus typiques.

b) *Arguments anatomiques.* — Chaque fois que cela sera rendu possible, qu'il s'agisse d'une intervention ou d'autopsie, on s'efforcera de rechercher les autres localisations; les plus fréquentes seront le foie, la rate, le pancréas, le péritoine, la lésion pelvienne sera presque toujours une greffe secondaire.

c) *Arguments expérimentaux.* — Nous les avons vus au chapitre précédent, nous n'y reviendrons pas; un embryon, une vésicule, un fragment de membrane, placés dans le péritoine du lapin, y reproduit la lésion typique.

Insistons cependant sur ce fait que chez l'homme le péritoine réagit certainement vigoureusement à son

envahissement lors d'une inoculation secondaire. La rupture d'un kyste du foie, par exemple, doit libérer des millions de scolex, en réalité presque tous meurent et quelques têtes seulement seront capables de se greffer et d'aboutir.

B. — Echinococcose primitive

Mais doit-on purement et simplement rejeter la thèse de Charcot et nier toute possibilité de greffe primitive ?

Certes non ! Il doit en exister un certain nombre de cas mais très limité. Deve pense qu'il en a collationné une dizaine de cas; la porte d'entrée serait rectale ou circulatoire, plus rarement vaginale ou lymphatique.

***

Nous nous sommes suffisamment étendus sur la Pathogénie un peu complexe de la formation de ces kystes au niveau du petit bassin.

Il nous faut envisager un dernier problème. Par quel mécanisme de telles lésions engendrent-elles des troubles urinaires ?

L'ensemble des observations permet de se rendre compte que de tels troubles sont rares chez la femme; le petit bassin présente, en effet, chez elle une adap-

tation au développement de l'œuf, dont le kyste tire parti pour son propre accroissement. Il n'en est pas de même chez l'homme où les phénomènes de compression seront précoces. Le kyste, bridé de toutes parts, ne pourra se développer qu'en haut et en avant, d'où troubles vésicaux précoces.

SYMPTOMATOLOGIE

C'est à la phase de tumeur constituée, mais à ce stade seulement, que le kyste hydatique va donner des troubles, c'est dire que pendant longtemps, chez la femme surtout, le kyste va passer inaperçu: arrivé à un certain développement, des troubles fonctionnels d'une part, des signes physiques d'autre part vont former un tableau clinique suffisant pour étayer le diagnostic et poser un problème thérapeutique

A. — Pendant longtemps le kyste ne va se révéler que par de *petits troubles* qui n'inquiéteront pas le malade.

a) Quelquefois une pesanteur périnéale.

b) Ou bien une constipation opiniâtre, progressive et ne cédant à aucune médication habituelle.

c) Le plus souvent ce sont les malaises d'ordre général mais ceux-ci sont en rapport, plus avec la lésion primitive qu'avec le kyste du petit bassin.

Ce seront soit des douleurs thoraciques bas situées, dans le flanc droit, spontanées mais exacerbées à la toux, soit un subictère persistant, soit de l'amaigrisse-

ment, de l'inappétence, des vomissements ou des nausées, une diarrhée tenace.

B. — Beaucoup plus importante sera la recherche dans les antécédents d'une *grande crise douloureuse* traduisant la rupture du kyste primitif : douleur brutale, phénomènes vertigineux. Nous avons retrouvé cette rupture chez notre malade dont tous les antécédents cliniques, à défaut d'une constatation de visu, permettent d'admettre l'existence d'une lésion hépatique initiale.

C. — *Les signes fonctionnels urinaires.* — Seront avant tout des troubles de la miction.

Ceux-ci, plus ou moins nets, traduisant la compression vésicale et urétrale.

Pendant longtemps on ne notera qu'une phase prémonitoire de dyurie ou de pollakiurie ; puis ce sera la brusque crise de rétention aiguë complète qui aménera le malade à consulter.

I. — Examen clinique

L'examen clinique permettra de découvrir la tumeur elle présente tous les caractères d'une tumeur du petit bassin, plus ou moins grosse, plus ou moins arrondie, médiane ou latéralisée, en général tendue et ne donnant pas l'impression d'une masse liquidienne

Plusieurs points spéciaux la caractérisent :

a) Elle est *profonde*, recouverte par la vessie et le cul-de-sac péritonéal antérieur, donc difficile à examiner et, fait essentiel, on ne retrouvera jamais le frémissement hydatique ou vésiculaire.

b) Le *toucher rectal* chez l'homme, *vaginal* chez la femme, ne donne que des résultats tout à fait inconstants; le kyste, quelque soit son point de départ, nous l'avons vu, a plus tendance à s'étendre et s'extériorisser en haut et en avant que vers le périné; c'est pourquoi le toucher sera parfois négatif, tantôt ne donnera qu'une impression de masse résistante très haut située, à bout de doigts.

c) Beaucoup plus importantes seront les *modifications* apportées dans la forme, le volume et la consistance de la tumeur en rapport avec les mictions et les sondages.

Elle est influencée par les mictions, diminuant après l'évacuation de la vessie, reprenant son volume maximum avant la miction suivante et ceci est un symptôme important.

Autre fait capital, le sondage effectué après la miction ne révèle aucun résidu et ne modifie plus la masse; il s'agit donc d'une tumeur extra vésicale n'intéressant en rien la capacité de la vessie.

d) Enfin il nous faut aborder le chapitre si discuté de la *ponction du kyste.*

Certes celle-ci est tentante, nous l'avons pratiquée chez notre malade, et deux autres chirurgiens qu'il avait consultés avaient immédiatement et comme par réflexe fait le même geste, soit au total, trois ponctions d'ailleurs fort bien supportées et qui plus est sans formolage compensateur.

De nombreux auteurs la préconisent et décrivent des voies d'abord diverses :

a) Ponction suspubienne.

b) Ponction à travers la paroi rectale ou vaginale.

c) Ponction périnéale franche : quand la tumeur est perceptible au toucher vaginal ou rectal, c'est-à-dire quand elle est non pas rétrovésicale mais rétro-utérine ou rétroprostatique, de nombreux auteurs étrangers en particulier Deming et Bazzochi ont proposé la ponction transpérinéale : en se guidant avec un doigt rectal, l'aiguille introduite franchement au devant de l'anus permet de retirer le liquide eau de roche classique; cette ponction possible chez l'homme serait l'homologue en quelque sorte de la ponction du Douglas chez la femme dans les collections hématiques ou suppurées rétro-utérines.

En réalité la ponction du kyste est une opération brutale à éviter par dessus tout parce que :

1) Elle est aveugle, surtout quand elle est sus pubienne où l'aiguille traversera à peu près fatalement le péritoine, ou la vessie, ou même les deux.

2) Elle est facteur d'infection et l'infection d'un kyste hydatique est un gros facteur d'aggravation.

3) Elle peut être cause de rupture du kyste dans un organe voisin : dans la vessie s'il s'agit d'une ponction suspubienne, dans le rectum s'il s'agit d'une ponction par voie rectale; cette fistule qui n'aura aucune tendance à la cicatrisation spontanée est facteur d'infection.

Certes, le formolage dont on pourrait faire suivre immédiatement la ponction diminuerait la gravité de cet acte de petite chirurgie, nous en restons néanmoins fidèle aux auteurs classiques et proscrivont formellement la ponction du kyste.

II. — Les examens de specialite

Mis à part le sondage et les ponctions dont nous venons de parler, quelques examens seront utiles ou indispensables.

a) La recherche de l'*éosinophilie* et, d'une façon générale, tous examens destinés à affirmer la nature echinococcique de la lésion, quand on ne retrouve pas les antécédents hépatiques.

b) La *cystoscopie* est souvent difficile, parfois impossible, comme chez notre malade, où le bec de l'instrument était dévié et ne pouvait progresser dans l'urètre postérieur : elle ne donnerait d'ailleurs que peu

de renseignements utiles : diminution de la capacité vésicale. aplatissement du sommet. tous signes de compression extra vésicales, parfois zone d'œdème quand il y a adhérence intime.

c) Les *examens radiologiques* aideront au diagnostic différentiel : radiographie simple de peu d'utilité, cystographie qui montrera les déformations, les compressions de la vessie, l'absence d'un gros diverticule qui pourrait donner des signes cliniques très voisins.

d) Par contre un examen va retrouver ici une importance capitale : la recherche de la *valeur fonctionnelle globale des reins;* examen indispensable aussi bien comme acte préopératoire que pour rechercher la possibilité d'une compression basse des uretères avec dilatation des voies urinaires supérieures; azotémie, constante d'Ambard, épreuve de la sulfone-phénol-phtaléine devront donc toujours être demandées.

***

Inutile de dire que l'examen devra être toujours complété par une recherche aussi exacte que possible du kyste primitif et par la recherche d'associations possibles : péritonéales ou pulmonaires.

EVOLUTION — PRONOSTIC

Les kystes hydatiques du petit bassin ou de vessie sont d'un pronostic assez sombre.

A) Non traites.

Ils n'ont aucune tendance à la régression spontanée, aucun traitement médical n'a d'effet sur eux.

Par contre de nombreux accidents peuvent surgir.

L'infection du kyste est un accident non exceptionnel, tantôt spontané, tantôt secondaire à une ponction intempestive dont elle est une des complications; elle donne tous les symptômes d'une péritonite aiguë et en a l'évolution fatale.

Le plus souvent il va *grossir* progressivement et donner lieu à des troubles de *compressions.*

— Parfois l'évolution se fait vers le bas avec dissociation de la prostate (et l'on a pu parler de kystes de la prostate proprement dit). L'ouverture se fera au périné ou au niveau de l'urètre postérieur soit opératoirement soit au cours de manœuvres de cathétérisme.

— Dans d'autres cas et le plus souvent, le kyste aura tendance à suivre la voie antéro-supérieure, il décolle alors le péritoine du petit bassin auquel il adhère intimement, puis bientôt il s'accollera à la paroi postérieure de la vessie et aplatira cet organe pour venir déborder en avant; tantôt il s'associe si intimement au tissu vésical qu'il y a une effraction des différentes couches constitutionnelles et qu'il se produira tôt ou tard une rupture intra vésicale.

Mais l'accident le plus grave est la *compression* que le kyste va créer non pas tant sur la vessie créant des troubles de rétention, ou sur le rectum créant une constipation progressive, que sur la partie basse des uretères comme dans l'observation de Gouverneur et Lesieur d'où dilatation des voies urinaires hautes, infection ascendante et évolution fatale.

Par bonheur ces troubles de compressions sont souvent assez précoces et attirent l'attention du malade qui est appelé à consulter.

Quant aux troubles dystociques pouvant survenir au cours d'une grossesse ils sont par trop exceptionnels pour qu'on s'y étende.

B) Traites.

Le pronostic est néanmoins sombre. Le traitement chirurgical est le seul qu'on puisse envisager. Certes,

les techniques actuelles : formolage, marsupialisation, drainage, ont diminué la gravité de l'intervention; elle n'en est pas moins sérieuse et choquante.

Des accidents nombreux peuvent survenir : hémorragies, infection, fistules interminables.

Enfin, nous l'avons dit, il faut remonter au véritable point de départ : le foie; un kyste hydatique même opéré, même guéri, aura toute chance de récidiver à la suite d'un nouvel essaimage péritonéal par rupture de kystes hydatiques.

DIAGNOSTIC

En présence de troubles urinaires parfois assez vagues et non pathognomoniques tels que dysurie ou pollakiurie même progressives; parfois plus nets, mais là non plus, non spécifiques comme une rétention aiguë, on conçoit que le diagnostic soit quelquefois difficile à poser et ce, d'autant plus que le kyste hydatique du petit bassin, par sa rareté même et par le peu de troubles qu'il engendre est certainement la dernière affection à laquelle on songe.

Notre intention n'est pas de reprendre ici le diagnostic étiologique de toutes les rétentions mais c'est évidemment vers les affections telles que rétrécissement ou hypertrophie prostatique que l'on sera conduit de prime abord, pour les éliminer rapidement.

En réalité ce sera le diagnostic des tumeurs abdominales et surtout des tumeurs basses localisées du petit bassin et si le sondage seul ou suivi de lavage de vessie, si les cystographies élimineront rapidement tout ce qui est vésical ou d'origine vésicale (un simple globe ou un diverticule par exemple) le problème restera

entier en ce qui concerne toutes les tumeurs paravésicales ou périvésicales.

C'est dire que le diagnostic ne sera bien souvent éclairci qu'à l'intervention; encore celle-ci ne devra pas être pratiquée à la légère, sans s'entourer de toutes les garanties voulues, sans, par exemple, avoir sous la main une solution de formol prête à employer.

Que dire s'il s'agit d'une femme et si l'on a tout lieu de penser qu'elle est en état de gestation ?

Le diagnostic devient ici d'une effroyable complication et, pourtant, a intérêt à être posé tôt: la dystocie créée par le kyste risquant d'être un gros obstacle à l'accouchement.

TRAITEMENT

En présence d'un kyste du petit bassin une seule chance de guérison s'offre au malade : l'intervention chirurgicale.

Nous ne parlerons que pour mémoire des différentes méthodes médicales proposées, un seul médicament mérite de retenir notre attention et encore n'agira-t-il que comme adjuvant de l'acte opératoire, nous voulons parler du formol et à ce propos nous formulerons une remarque : tous les auteurs avec Deve emploient une solution à 5 %, à notre avis c'est là une concentration trop forte. Au cours de l'intervention, du liquide peut se répandre dans le péritoine ou sur les parois abdominales; parfois, comme c'est le cas chez notre malade où le kyste ne contenait pas de liquide eau de roche mais uniquement des vésicules, on a à cœur de protéger son champ opératoire avec des compresses imbibées de solution de formol; nous nous sommes aperçu qu'une telle concentration aboutit à de petites nécroses d'où certainement retard de fermeture;

une solution à 2 ou 3 % nous semble largement suffisante, quitte à en employer une quantité un peu plus grande.

*
**

La technique opératoire différera selon que nous serons en présence de kystes simples ou compliqués

A. — Kystes hydatiques non compliques.

Deux grandes voies d'abord sont en présence. avec. pour chacune, leurs parrainages, leurs adeptes :

— la voie haute

— la voie basse.

1. — *La voie haute* qui peut être intra ou extra péritonéale.

La voie intra péritonéale est pour Deve et la plupart des auteurs la voie idéale parce que :

— On peut se rendre un compte exact de la lésion.

— On peut voir si le kyste est primitif ou secondaire et parfois agir sur des kystes annexes.

— Elle permet de pratiquer l'ablation totale.

— Elle permet de faire une opération satisfaisant l'esprit, aseptique et sans drainage.

Certes elle n'est pas admise sans réserve : on lui reproche :

— d'être choquante;

— de prédisposer à l'infection qui serait grave puisqu'on agit en milieu péritonéal;

— de prédisposer aux réensemencements.

En réalité ces contre-indications ne résistent pas à un examen objectif approfondi : le formolage préliminaire parera aux risques d'essaimage et à condition de ne pas opérer de kystes déjà infectés, on ne craint rien du côté péritonéal.

Quant au choc, il n'est pas négligeable certes, mais le même quelle que soit la voie choisie.

Il n'en reste pas moins que la voie extra-péritonéale conserve ses adeptes permettant :

— une opération plus facile,

— une intervention au point de saillie maximum,

— un drainage facile et correct.

En réalité, ce qui distingue les deux procédés, ce sont des points de techniques différentes : drainage marsupialisation, extirpation de la membrane germinative, sur lesquels nous allons revenir.

2. — *La voie basse* peut être périnéale ou rectale, nous n'insisterons pas sur la *voie rectale* : même lorsqu'on a l'impression que la tumeur bombe au maximum vers le rectum, opérer par cette voie c'est s'exposer aux risques que l'on court dans la rupture spontanée d'un kyste dans le rectum.

Quant à la voie *périnéale* elle est déjà plus logique car :

— elle respecte la cavité péritonéale

— elle est une opération limitée donc peu choquante

— elle permet un drainage facile et correct.

En réalité, c'est un procédé incomplet qui ne permet de tenter aucune action sur la membrane germinative.

QUELLE CONDUITE TENIR EN CE QUI CONCERNE LA MEMBRANE GERMINATIVE ?

Il faut avant tout s'efforcer de l'enlever et ce en entier, ce qui peut se faire si l'on trouve le plan de clivage entre membrane et capsule. C'est là l'intérêt de la voie intrapéritonéale qui donne un jour excellent et met en quelque sorte le kyste à plat.

Mais cet épluchage n'est plus toujours réalisable ce qui d'ailleurs ne semble avoir qu'un intérêt secondaire, une membrane germinative, correctement formolée mais que l'on a pu extirper au cours de l'opération, tombe d'elle-même au quinzième jour, ce qui se produisit chez notre malade.

Ajoutons que l'on a parfois de grosses difficultés à pratiquer l'ablation de la membrane germinative. Certes, si le kyste est simple, bien limité, arrondi, c'est possible; mais s'il est irrégulier et pousse des prolon-

gements entre les organes du petit bassin, il y aura certainement quelques culs-de-sac inabordables où la membrane restera adhérente.

Doit-on drainer ou marsupialiser ?

Ces deux points de technique dépendent évidemment de ce que l'on a pu faire vis-à-vis de la membrane germinative.

Si l'on a pu en pratique l'extraction et que l'on soit assuré de l'avoir fait complètement, il n'y a aucun intérêt à marsupialiser. Il vaudra mieux pratiquer une suture des bords de la capsule fibreuse et refermer entièrement.

Dans le cas contraire le drainage est obligatoire, il aura l'avantage de permettre l'injection quotidienne de quelques centimètres cubes de solution formolée dans la poche ce qui aidera au clivage.

Quelle conduite tenir vis-a-vis de la capsule fibreuse du kyste ? Autrement dit : doit-on pratiquer la décortication complète, l'énucléation, l'extirpation totale du kyste ?

Deve a justement démontré que c'était là une manœuvre inutile et dangereuse.

En effet, nombre de chirurgiens séduits par l'idée d'enlever en bloc la tumeur kystique ont pu chercher le plan de clivage leur permettant d'aboutir; en réa-

lité ce clivage est tout d'abord facile sur les bords mais il devient rapidement difficile, puis impossible dès qu'on s'enfonce dans la profondeur.

Rappelons d'ailleurs, ce que nous disions plus haut, la capsule adventice fait partie du viscère envahi, ce n'est pas une membrane indépendante, elle se continue au dehors, sans limite nette, sans plan de clivage.

Vouloir agir autrement serait courir de graves dangers.

— Risque d'hémorragie pouvant être mortelle

— Déchirure ou perforation d'organes.

Nous avons pu nous rendre compte, au cours de notre intervention combien est mince et fragile la paroi d'un organe refoulé par un kyste hydatique, nous-même avons involontairement créé une déchirure; heureusement celle-ci se trouvait située à la face antérieure de la vessie, elle permit, par un doigt intravésical de dissocier la vessie du cul-de-sac péritonéal et du kyste et conditionna la voie d'abord extra péritonéale choisie; elle fut facilement transformée en cystostomie et fermée au quinzième jour spontanément.

B. — Kystes compliques.

C'est avant tout aux kystes infectés que nous voulons faire allusion, il faudra tout faire pour éviter

l'ouverture du péritoine donc intervenir en extra péritonéale ou par voie basse.

Le drainage et la marsupialisation seront de stricte nécessité.

CONCLUSIONS

I. — A l'appui de la thèse de Deve, nos observations viennent confirmer la pathogénie des kystes hydatiques de vessie. Nous pensons en effet que ces lésions sont bien secondaires à des kystes du foie.

Certes, chez notre premier malade, nous n'avons que des présomptions, cependant les antécédents collatéraux, les accidents hépatiques, la crise douloureuse antérieure, forment un intéressant faisceau de preuves.

Quant à l'observation n° 2, elle se passe de tous commentaires.

***

III. — Au point de vue anatomique, ces kystes uniques ou multiples, uni ou multivésiculaires, bien que d'origine péritonéale, sont sous péritonéaux quand ils émigrent et se greffent dans le petit bassin, il faudra donc recliner le péritoine vers le haut pour les aborder. Bien que comblant le Douglas, ils sont souvent peu perceptibles au toucher rectal, ils se développent au plafond du cul-de-sac et ont tendance à s'accroître en haut et en avant.

***

III. — Ceci expliquera que la symptomatologie des kystes du petit bassin sera le plus souvent urinaire et que l'on englobe sous le nom de kystes de la vessie toutes les formations du petit bassin qu'elles soient pré ou latéro rectales, rétro ou latéro vésicales, ou prostatiques.

***

IV. — Leur pronostic, opérés ou non, est grave, on doit craindre l'infection et la récidive.

***

V. — Leur traitement reste uniquement chirurgical. La seule voie raisonnable est la voie abdominale.

Selon les préférences, selon la façon dont se présente la masse, on abordera soit à travers le péritoine, soit en réclinant celui-ci; mais toujours après un formolage préliminaire.

On ne cherchera pas à extirper la membrane proliférée, elle tombe d'elle-même au 10e-15e jour.

Quant à la poche du kyste elle-même, elle est bien entendu extirpable.

Vu
Le Doyen :
BAUDOUIN

Vu
Le Président de la Thèse :
P. BROCQ

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris:
G. GIDEL

BIBLIOGRAPHIE

ALCOOK (N.-G.). — Report of cases of retrovesical echinocones apt. (*Tr. Am. Ass. Genito. Urin. Surg. Bal.*, 1924, XVII, 267-278).

BILBAD (T.). — Distociapor hidatidosis pelviana. (*Sem. Med.*, 23 janvier 1936).

BOUTEAU et WURMSER. — Kyste hydatique du petit bassin à symptomatologie urinaire. (*Communication à la Société française d'urologie*, 19 nov. 1942).

DELLAMPO (G.-C.). — Sobre la topografia de la siembra hidatica en el hidati peritoneo y coleperitoneo hidatico. (*An. de Fac. de Med. Montevideo*, 90-102, janvier 1929).

DELLAMPO (J.-C.). — Hydatopéritoneum, hydatic choleritoneum, etc... from intraperitoneal rupture of hydatid cyrt. (*Rev. Sud Amer. de Med. et de Chirurgie*, février 1937, p. 177).

CHARRIER et LANGE. — A propos de 2 cas de K. D. pelviens soi-disant primitifs. (*Bordeaux Chirurgical*, n° 2, avril 1934).

CHAUFFARD. — Echinococcose péritonéale. (*Rev. Gén. de Clinique et de Thérap.* Paris 1921. XXXV, p. 644).

CHIFFLET (A.) et ARDAD (H.-A.). — Eguinoccoccosis peritoneal secundaris. (*An. Fac. de Med. de Montevideo*, 20. 122. 150. 1935).

COMOTTO (C.) et BERRI (H.-D.). — Sobre un caso de quiste hidatico retrovesical. (*Rev. Arg. de Urol.*, 8 : 95-100, mars-avril 1939).

CULLINGWORTH et CLUTTON. — Notes on a case of hydatids of. or comiected with, both ovaries, right broad ligament, liver omentum, mesentery and other parti. (*J. obst. et gynec. Brit. Emp. London*, 1904, VI, p. 26).

DEL'ORO. — Hydatidose péritonéale. (*B. de la Soc. de Chirurgia de Rosario*, T. 2, n° 3, juin 1935; in : *J. de Chirurgie*, T. 46, n° 4, nov. 1935).

DEMING. — Complete urniary obstruction dueto hydatu cyst. (*S. Urol. Balt.*, 1923, X, 1. 43).

DEVE. — De l'échinococcose secondaire. (*Thèse de Paris*, 1900-1901).

— De l'échynococcose secondaire. (*Revue de chirurgie*, 1923).

— Les K. D. du bassin. (*Revue de Chirurgie*, 1924, p. 5).

— Une opération idéale à abandonner. La décortication des K. H. (*Revue de Chirurgia*, 1926, p. 619).

— La décortication des K. H. (*Revue de Chirurgie*, 1927, p. 787).

DUPLAY et RECLUS. — Traité de Chirurgie.

DURIEUX. — K. H. du petit bassin. (*Congrès français d'urologie* (1904).

FLANDIN (C.). — A case of peritoneal echinococcus. (Lancet, London 1919, II, p. 838).

FIOLLE (J.). — Kyste hydatique rétrovésical opéré par voie coccy-périnéale. Remarques sur cette voie d'accès. (*Bul. et Mém. Soc. de Chirurgie de Paris*, 1923, XLIX, 455-458).

GOUVERNEUR et LESIEUR. — K. H. du petit bassin à symptomatologie urinaire. (*Soc. française d'Urologie,* 18 novembre 1940).

GRIMALDI (H.-E.). — Quiste hidatoco uretrovesical su katarmients qui rurgico por el procedimento de Posades. (*Rev. med. y cien afines.* 2 à 84 à 842, 30 novembre 1940).

GROSSMANN. — Multiple Echinokokken des Peritoneum. (*Berl. Klin. Woch.,* 1917, LIV, p. 1167).

GUESSIN. — Les K. H. de la vessie. (*Thèse de Montpellier,* 1915-1916).

JACAPRARO (G.). — Quiste hydatico retrovesical en el hombre. (*Semana medica,* 1 à 1720-1736, 13 juin 1935).

LAFFONT (A.). — K. H. pelvien simulant une grossesse ectopique. (*Bul. Soc. d'obs. et de gynec.,* 27 : 629-630, novembre 1934).

LANDIVAR (A.). — Sobre un caso di quiste hidatico de peritoneo. (*Semana medica.* Buenos-Ayres, 1918, XXV, p. 296).

LANDIVAR (R.). — Quiste hidatico por inoculacion secundaria defondo de saco peritoneal adherito a cara postero-superior de vegiga simultando un diverticulo. (*Sem. med.,* 1, 1151-1152, 8 mai 1930).

LE DENTU et DELBET. — Traité de chirurgie.

LHUILLIER. — La rétention d'urines dans les K. H. du petit bassin. (*Thèse de Paris,* 1903).

LIAVAS (H.). — Le traitement des K. H. pelviens. (*Presse médicale,* 10 octobre 1942).

MAUCLAIRE. — K. H. du cul-de-sac vésicorectal. Ablation totale. Guérison. (*Bul. et Mém. Soc. de Chir. de Paris,* 1918, XXXVIII, 1041).

MATHIS (R.-I.). — Quistes hidaticos retra vesical e intra

peritoneal. (*Rev. Argent. de Urol.*, 9 : 417-424, sept.-oct. 1940).

MONTES et GARCIA — Paravesical hydatid apt at left side of bladdor resulting in total retention of urine case. (*Rev. di especialid.* Sept. 1929, p. 1073).

NAPALON (N.). — A propos de la décortication des K. H. (*Revue de Chirurgie*, 1927, p. 524).

SININ POSADAS. — Quiste hidatico retro vesical operado por la via transvesical. (*Sem. Medica Buenos-Aires*, 1923, XXX, 530-532).

POTHERAT (E.). — K. H. multiples du péritoine. (*Bul. et Mém. Société Nat. de Chirurgie*, Paris 1924, LI, p. 325).

SANTY et DELORE. — K. H. secondaire du péritoine. (*Lyon médical*, 1913, CXXI, p. 457).

VIOLET et HURARD. — K. H. multiples du péritoine. (*Progrès médical*, Paris 1912, XXVIII, p. 156).

IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
P A R I S